



**Healthy  
KidsNow!**  
HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

Người giúp thân chủ điền đơn:

Cơ Quan: \_\_\_\_\_ Số điện thoại:  
(        )



### Đơn Xin Trợ Cấp Y Tế cho Trẻ Em

Đơn này chỉ dùng để xin bảo hiểm y tế dành cho trẻ em và thiếu niên dưới 19 tuổi. Cha mẹ, người giám hộ, nhân viên tiếp ngoại, bạn bè hoặc thiếu niên tự xin bảo hiểm cho mình đều phải điền đơn. **Chúng tôi sẽ gửi tất cả những tin tức tiếp theo cho người có ghi tên trong ô số 1.** Nếu quý vị có bất cứ điều gì thắc mắc hoặc muốn được giúp để điền đơn này, xin gọi số 1-877-543-7669. Chúng tôi sẵn sàng để giúp quý vị!

XIN VIẾT CHỮ IN (Ghi tên cha mẹ, người giám hộ hoặc người liên lạc để nhận tin tức tiếp theo.)

1	TÊN	TÊN LÓT	HỌ				
2	ĐỊA CHỈ CƯ NGỤ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BUU CHÍNH		
3	ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BUU CHÍNH		
4	SỐ ĐIỆN THOẠI	5			Quý vị có bị trả ngại trong việc nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không? Quý vị có muốn những tài liệu gửi đến cho quý vị bằng một ngôn ngữ khác hay không? Quý vị có cần thông dịch viên hay không? (Nếu có, chúng tôi sẽ giúp quý vị qua thông dịch viên.) Quý vị nói tiếng gì?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
NHÀ (        )	SỞ LÀM (        )	SỐ ĐẾN NHÁN (        )	6	Trong gia đình quý vị có ai đang mang thai không? Nếu "có", là người nào? Có con em nào dưới 19 tuổi đang trong hoàn cảnh y tế cần phải chăm sóc ngay hay không?			Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>

### Chi Tiết Tổng Quát

7	Ghi tên của những người trong gia đình <b>đang ở chung với nhau</b> . (Nếu cần thêm chỗ, xin ghi tên của những người trong gia đình vào một tờ giấy rời.) (Chi tiết này sẽ không dùng chung với INS)							
TÊN (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SANH (THÁNG/NGÀY /NĂM)	CỘNG DÂN MỸ	NẾU KHÔNG PHẢI LÀ CỘNG DÂN MỸ, CON EM CỦA QUÝ VỊ CÓ GIẤY TỜ GÌ CHỨNG MINH VỀ TÌNH TRẠNG CỦ TRÚ CỦA EM HAY KHÔNG? XIN ĐỊNH KÈM GIẤY TỜ	GHI NGÀY ĐỨA TRẺ NÀY ĐẾN HOA KỲ	SỐ AN SINH XÃ HỘI * = TÙY Ý	PHÁI NAM hoặc NỮ	
A. CHA MẸ, GIÁM HỘ HOẶC CHÍNH QUÝ VỊ						*		
B. VỢ/CHỒNG HOẶC CHA MẸ KHÁC (nếu ở chung trong nhà)						*		
C. GHI TÊN CÁC TRẺ EM VÀ THIẾU NIÊN DƯỚI 19 TUỔI (những người muốn trợ cấp y tế)			CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
E.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
F.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
G. GHI TÊN CỦA NHỮNG NGƯỜI LỚN HOẶC TRẺ EM KHÁC Ở TRONG NHÀ (những người không muốn trợ cấp y tế)						*		
						*		
8	Có trẻ em nào trong gia đình quý vị 19 tuổi bị tật nguyên không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu "Có" là người nào?							

**Chi Phí** Những chi tiết này có thể giúp cho con em của quý vị hội đủ điều kiện hưởng.

9	Quý vị có phải trả tiền giữ trẻ trong khi quý vị đi làm hoặc đi học không? Quý vị có phải trả tiền để chăm sóc cho người lớn bị tật nguyên trong khi quý vị đi làm hoặc đi học không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu "Có" mỗi tháng bao nhiêu tiền? \$_____
		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu "Có" mỗi tháng bao nhiêu tiền? \$_____
10	Quý vị có lệnh tòa về cấp dưỡng cho đứa con nào không ở trong nhà của quý vị hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Nếu "Có" mỗi tháng bao nhiêu tiền? \$_____

**Lợi Tức** Ghi vào số tiền SỐI (Gross) (trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí). Ghi số không "0" nếu quý vị hoặc vợ/chồng thất nghiệp hay không ở chung nhà với những trẻ em này.

11 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA CHA MẸ  ( )	LỢI TỨC KHÁC TRONG GIA ĐÌNH	SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC TRONG 30 NGÀY VỪA QUA	NGƯỜI NÀO TRONG GIA ĐÌNH ĐÃ NHẬN SỐ TIỀN NÀY?
12 Số tiền quý vị đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí: \$ _____  Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu? \$ _____	15 CẤP DƯỠNG CON	\$	
13 TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM CỦA VỢ/CHỒNG (HOẶC CHA MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG TRONG NHÀ):  ( )	16 CẤP DƯỠNG HÔN PHỐI	\$	
14 Số tiền do vợ/chồng của quý vị (hoặc cha mẹ khác đang ở chung trong nhà) đã nhận được trong 30 ngày vừa qua trước khi trừ thuế hoặc các khoản chi phí: \$ _____  Trong số tiền này lợi tức tự làm chủ là bao nhiêu? \$ _____	17 TRỢ CẤP AN SINH	\$	
*NẾU QUÝ VỊ HOẶC VỢ/CHỒNG (HAY CHA MẸ KHÁC ĐANG Ở CHUNG TRONG NHÀ) TỰ LÀM CHỦ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC THÊM KHOẢN KHẨU TRỪ KHÁC. XIN GỌI SỐ 1-877-KIDS-NOW ĐỂ BIẾT THÊM CHI TIẾT HOẶC GIÚP TRONG VIỆC ĐIỀN ĐƠN.	18 TIỀN THẤT NGHIỆP	\$	
	19 TIỀN LỜI TRONG TRƯƠNG MỤC NGÂN HÀNG	\$	
	20 TRỢ CẤP CỤU CHIẾN BINH	\$	
	21 TIỀN DO SỞ LAO ĐỘNG & KỸ NGHỆ	\$	
	22 TRỢ CẤP QUÂN NHÂN	\$	
	23 NGUỒN LỢI TỨC KHÁC (xin giải thích)	\$	
	24 Trong 3 tháng vừa qua, có trẻ em nào nộp đơn xin bảo hiểm vì có những hóa đơn y tế chưa thanh toán hoặc đã nhận dịch vụ y tế nhưng KHÔNG được dài thọ do một chương trình bảo hiểm khác? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

**Chi Tiết về Bảo Hiểm Y Tế** Xin cho chúng tôi biết bất cứ bảo hiểm y tế nào mà **con em** của quý vị đã có.

25 A Có bất cứ <b>trẻ em</b> nào mà quý vị đang nộp <b>B</b> Nếu "Có" bảo hiểm y tế đó có dài thọ những dịch vụ khi đi bác sĩ, bệnh viện, x-ray (quang tuyến) và phòng thí nghiệm hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	25 B	26 A Trong 4 tháng vừa qua <b>con em</b> của quý <b>B</b> Nếu "Có" tiền đóng bảo hiểm có dưới \$50 mỗi tháng cho các con hay làm của quý vị hay không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	26 B
27 Nếu quý vị trả lời "Có" cho bất cứ câu hỏi nào ở trên (25 a hoặc b hay 26 a hoặc b), xin cho biết tên hàng bảo hiểm hoặc tên sở làm cung cấp bảo hiểm y tế cho con em của quý vị.	TÊN HÀNG BẢO HIỂM HOẶC SỞ LÀM	TÊN NGƯỜI ĐÚNG TÊN HỒ SƠ	TÊN NGƯỜI ĐÚNG TÊN HỒ SƠ
			SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐÚNG TÊN HỒ SƠ (TÙY Ý)

### Cho Biết về Nhân Chủng/Dân Tộc của Đứa Trẻ (Những Chi Tiết này là Tình Nguyện)

Chúng tôi yêu cầu quý vị cho chúng tôi biết về nhân chủng hoặc dân tộc của đứa trẻ. Những chi tiết này sẽ không được dùng để cứu xét điều kiện hưởng của quý vị.	Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Da Đen <input type="checkbox"/> Da Đỏ/Thổ Dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Việt/Lào/Cam Bốt <input type="checkbox"/> Á Châu Khác hoặc Người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Dân Tộc Khác <input type="checkbox"/>
--	---

### Xin Đọc Thật Kỹ Trước Khi Ký Tên

**Đơn này chỉ dùng để xin trợ cấp y tế cho trẻ em mà thôi.** Nếu có ai trong gia đình quý vị đã được nhận, hoặc muốn xin trợ cấp tiền mặt, trợ cấp thực phẩm hoặc trợ cấp khác, xin liên lạc với Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) ở địa phương quý vị.

- DSHS có thể yêu cầu quý vị trình bằng chứng mà quý vị báo cáo cho họ biết rằng quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị có thể yêu cầu DSHS giúp để lấy chứng từ.
- Chi tiết khai báo của quý vị sẽ được những cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang duyệt xét. Những chi tiết này sẽ KHÔNG dùng chung với Sở Di Trú và Nhập Tịch (INS).
- Qua việc hỏi và nhận trợ cấp y tế, quý vị cho tiểu bang Washington tất cả mọi quyền hạn về bắt cứ sự hỗ trợ nào về y tế và việc trả tiền chăm sóc y tế đối với bất cứ một đệ tam nhân (third party) nào.
- DSHS có thể cho Hệ Thống Theo Dõi Hồ Sơ Chích Ngừa Trẻ Em biết về quá trình chính ngửa của con em quý vị.

**TUYÊN THỆ VÀ KÝ TÊN**  
Tôi đã đọc và hiểu rõ những chi tiết trong đơn này. Tôi tuyên bố, xin chịu hình phạt nếu khai gian, và những chi tiết tôi khai trong đơn này là sự thật, chính xác, và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký của Đương Đơn

X \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

### Cách Nộp Đơn

GỎI ĐẾN: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98599-5531	FAX ĐẾN: (360) 664-0518	MUỐN ĐƯỢC GIÚP: Nếu quý vị cần giúp hoặc có thắc mắc, xin gọi số 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
--	-------------------------	---